Bursitis praepatellaris und deren Behandlung.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 11. Juli 1890

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Martin Meyer

prakt. Arzt aus Berlin.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Hermann Hammerstein, prakt. Arzt.
- Cand. med. Richard Cassirer.
- Cand. med. Hans Friedländer.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535701_0189

Unter den Schleimbeuteln unseres Körpers verdienen in praktischer Beziehung die vor der Patella gelegenen Schleimbeutel die meiste Beachtung. Man spricht gemeinhin nur von einer Bursa praepatellaris, obwohl es genau genommen deren drei giebt. W. Gruber unterscheidet die Bursa praepatellaris superficialis s. subcutanea, welche unter der Haut vor der Fascia lata oder zwischen zwei Blättern der letzteren ihren Sitz hat, die Bursa praepatellaris media s. subaponeurotica s. subfascialis, die altbekannte, welche sich zwischen Fascia lata und Extensorensehne befindet, und schliesslich die zwischen Sehne und Periost der Patella gelegene Bursa praepatellaris profunda s. subtendinosa. Linhard zeigte, dass öfter einer dieser Schleimbeutel mit dem anderen kommuniziert, zuweilen alle drei mit einander in Verbindung stehen. Eine Kommunikation mit

dem Kniegelenk besteht, was von hervorragender praktischer Bedeutung ist, nicht.

Die Häufigkeit der Erkrankungen dieser Schleimbeutel lässt sich bei der oberflächlichen Lage derselben an einer so exponierten Stelle des Körpers leicht verstehen. Zum Teil liegen die Ursachen in plötzlichen Schädlichkeiten. So kann sich eine Bursitis praepatellaris infolge einer Kontusion oder einer penetrierenden Wunde entwickeln. Im ersteren Falle kann ein Bluterguss, — wie, ist häufig bei dem Fehlen einer äusseren Verletzung, einer Eingangspforte für die Entzündungserreger nicht zu sagen — eitrig werden, aus dem Haematom der Bursa wird ein Abscess derselben; bei einer penetrierenden Wunde ist die Erklärung leicht. In den meisten Fällen bildet sich dabei ausser der Bursitis auch eine Phlegmone der Umgebung, Auch sah man eine Bursitis entstehen im Anschluss an einen Furunkel, dessen nekrotischer Pfropf in die Bursa hineinragte; auch ein Erysipelas cruris gab hin und wieder Veranlassung zu einer sekundären praepatellaren Bursitis. Die weitaus meisten Fälle

lassen sich jedoch zurückführen auf geringe, aber häufige Insulte der Gegend vor der Kniescheibe. Anhaltendes Knieen mit vorwärts gebeugtem Oberkörper spielt in der Ätiologie die wichtigste Rolle. Beim gewöhnlichen Knieen wird allerdings nicht die präpatellare Gegend, sondern die Tuberositas tibiae gedrückt; beim Scheuern, Streichen der Fussböden und ähnlichen Verrichtungen ist dies jedoch der Fall. Malergehülfen, Matrosen, Hausdiener, Schiffszimmerleute, vor allem aber die vielgeplagten Dienstmädchen sind daher in der Statistik der Bursitis praepatellaris stark vertreten. Die Engländer bezeichnen demzufolge die Erkrankung schlechthin als Housemaid's-knee. Kavalleristen waren infolge des Tragens der früher üblichen hohen Stiefel, und Schornsteinfeger sind infolge des Hinabrutschens durch den Schornstein, wobei sie vor der Kniegegend ein Leder tragen, häufiger einer praepatellaren Bursitis ausgesetzt. Auch die Erkältung, die ja bei so vielen, ich möchte fast sagen, allen Krankheiten mit sehr zweifelhaftem Rechte als Anstifterin beschuldigt wird,

kommt bei dieser Erkrankung ernstlich in Frage, indem Nässe und Kälte wohl geeignet erscheinen, eine Entzündung dieser oberflächlichen Schleimbeutel hevorzurufen. — Schliesslich möchte ich noch die Fälle von Bursitis praepatellaris aus sogenannter innerer Ursache nicht unerwähnt lassen, über die von Cloquet, Anselin und Ollivier Berichte vorliegen.

Der Verlauf einer präpatellaren Bursitis kann ein sehr stürmischer sein. Im Anschluss an eine penetrierende Wunde, eine Kontusion, eine oben erwähnte Infektion durch einen Furunkelpfropf tritt sie hin und wieder unter dem Bilde einer sich über die Vorderfläche des Ober- und Unterschenkels ausdehnenden Phlegmone auf, welche offenbar den Bahnen der Fascia lata folgt. Es handelt sich dann um die eitrig-phlegmonöse Bursitis. Ohne geeignete Therapie kommt es dann weiterhin zu Abscessbildung, eventuell auch zu Eitersenkungen.

Weniger akut ist die serös-eitrige Form der Bursitis, das sogenannte akute Hygrom. Es bildet sich in diesem Falle ein auf den

Schleimbeutel beschränkter Abscess. Derselbe kann nach aussen durchbrechen, kann sich jedoch auch resorbieren. Die restitutio ad integrum bleibt aber meist aus, indem noch geringe Mengen des Inhalts zurückbleiben, die Kapsel sich verdickt und sich so im Anschluss an ein akutes das noch zu besprechende chronische Hygrom entwickelt.

Zu der akuten präpatellaren Bursitis führt auch das Haematom der Bursa praepatellaris. Durch eine Kontusion findet ein Bluterguss in den Schleimbeutel statt und durch diesen wird eine pathologische Sekretion angeregt. Der Schleimbeutel kann bis zur Grösse eines Kindskopfes anwachsen. Für den weiteren Verlauf ist zu berücksichtigen, dass die Resorption im Schleimbeutel weit schlechter ist, als die im Kniegelenk. Es kommt daher häufig nicht zu einer vollständigen Aufsaugung; die festen Bestandteile des Inhaltes bleiben zurück und so geht nicht eben selten ein Haematom der Bursa praepatellaris wie eine serös-eitrige Bursitis allmählich in eine chronische Schleimbeutelentzündung über.

Der Ätiologie entsprechend ist der bei weitem häufigste Verlauf der Bursitis praepatellaris ein chronischer. Von den sehr seltenen Fällen abgesehen, wo sich der Schleimbeutel mit spärlichem zähen Erguss füllt, wodurch Krepitation erzeugt wird, ist der Verlauf dieser. Infolge der oben erwähnten chronisch wirkenden Schädlichkeiten füllt sich der Schleimbeutel allmählich mit einem mehr oder weniger veränderten Sekret. Man bezeichnet diesen Zustand als Hygroma. Erfolgt die Absonderung schneller, so besteht der Inhalt des Beutels aus einer dem Blutserum ähnlichen Flüssigkeit. Geht die Ausschwitzung langsamer von statten, so ist der Inhalt schmierig, fadenziehend, von etwa citronengelber Farbe; derselbe kann sogar eitrig getrübt sein; bisweilen ist derselbe durch Blutbeimengung kaffeebraun gefärbt. Bei längerem Bestehen zeigt er auch feste Bestandteile. Es sind dies einmal lockere fibrinöse Flocken, ferner festere Fibrin- und Blutgerinnsel und Reiskörperchen, Corpora oryzoidea, welche entweder frei oder gestielt der Balgwand aufsitzende kleine Ge-

bilde darstellen und teils aus geronnenem Albuminat des Inhalts, teils aus Wucherungen der Innenwand des Sackes hervorgehen. Der letztere Umstand weist darauf hin, dass zugleich mit der Veränderung des Inhalts degenerative Prozesse an der Kapsel eingetreten sind. Dieselbe verdickt sich nämlich im Verlaufe der Entzündung, sie wird mit der Zeit zottig, ja es kommt sogar bei langdauernder Bursitis infolge der Kapselwucherungen zu einer vollständigen Fächerung des Schleimbeutels, der dann aus mehreren Kammern zu bestehen scheint.

Die Diagnose einer praepatellaren Bursitis ist fast ausnahmslos ohne Schwierigkeit. Differentialdiagnostisch käme bei dem Hygrome vielleicht die Kniegelenksentzündung in Frage. Die Lage der Geschwulst *vor* der Patella, das Fehlen erheblicherer Gehbeschwerden, sowie die Unmöglichkeit bei Druck auf die Kniescheibe, die letztere auf und nieder zu bewegen („Tanzen der Patella"), schliesst eine Gonitis aus.

Was die Behandlung der Bursitis praepa-

tellaris anbetrifft, so kann dieselbe mechanisch, medikamentös und operativ sein. Die mechanische Behandlung besteht in der Kompression des Schleimbeutels. Diese Methode führt bei akutem Erguss in die Bursa in etwa 3—4 Wochen fast ausnahmslos zur Heilung, ist jedoch bei dem echten Hygrom nicht angebracht, da sie hier, wenn auch öfter ein Zurückgehen der Schwellung, so doch fast nie definitive Beseitigung bewirkt. Saunders will (s. Brit. med. Journal 20. Nov. 1886 pag. 972. Behandl. des House-maid's-knee) Jodpinselungen vorausschicken und die Kompression durch eine mit Heftpflaster oder mit einem anderen gleichmässigen festen Verbande angedrückte Bleiplatte ausüben. Er hat seine Patienten „kaum länger als zwei Tage im Bette gehalten". S. hatte auch bei den Ganglien am Handgelenk gute Erfolge mit seiner Kompressionsmethode. Bei Bursitis praepatellaris tragen die Pat., auch wenn sie das Bett verlassen haben, das Bleistück von Crown-piece-Grösse mit einem gut sitzenden Verbande noch einen Monat lang. Jodpinselungen will S. auch angewendet wissen,

wenn man die Absicht hat, nachher zu punktieren.

Im allgemeinen ist es wohl besser, die Patienten länger im Bette zu halten; bei der akuten, phlegmonösen Bursitis bedarf es dazu keiner besonderen Ermahnung. Eine grosse Eisblase auf das Knie, während das Bein in einer Schiene liegt, garantiert die ruhige Bettlage und lindert die Schmerzen. Bei starker Spannung muss man damit vorsichtig sein, öfter nachsehen und eine dicke Unterlage zwischen Eisblase und Haut anbringen, weil sonst leicht Gangrän der Haut eintreten kann.

Mit der Erwähnung der Jodpinselungen haben wir das Gebiet der medikamentösen Behandlung betreten. Die Jodtinktur ist heutzutage bei Laien und vielen Ärzten, bei ersteren wohl in vollem Vertrauen, bei letzteren wohl mehr in dem Sinne des „ut aliquid fieri videatur“ ein beliebtes Mittel. Bei der Behandlung eines Hygroms kommt sie nicht ernstlich in Frage. Ebensowenig möchte ich der Applikation eines Blasenpflasters irgend welche

Heilwirkung auf eine chronische Bursitis zusprechen.

Für eine beschränkte Anzahl von Schleimbeutelentzündungen thut die unter antiseptischen Cautelen ausgeführte Punktion und Entleerung der Bursa und Injektion von Jodtinktur (1—4 g nach Velpeau), Lugolscher Lösung oder Carbolsäure gute Dienste. Durch die injizierte Flüssigkeit wird im Inneren der Bursa eine adhäsive Entzündung erzeugt, und so kann dauernde Heilung erzielt werden. Annehmbar ist diese Methode nur bei serösem Inhalt und nicht verdickter Kapsel, sie ist sonst ohne jeden Erfolg. Favardin empfiehlt die Injektion einer Lösung von Chlorcalcium, s. seine Dissert.: De l'hygrome prérotulien et de son traitement par les injections de chlorure de calcium.

Von operativen Eingriffen haben wir zunächst die Inzision zu berücksichtigen. Dieselbe ist absolut indiziert bei eitrig-phlegmonöser Bursitis, wenn man Abscessbildung, Eitersenkung und die daraus folgenden Gefahren verhindern will. Auch bei der serös-eitrigen Bursitis empfiehlt sich diese Behandlung, aller-

dings kann man bei weniger akuter Entwicklung derselben einen Rückgang durch Ruhe und Eisbeutel zu erzielen versuchen (s. o.).

Die aufgeführten Heilmethoden sind zum Teil gänzlich wirkungslos, zum Teil ohne genügende Wirkung, weil beim Hygrom Rezidive durch sie nicht verhindert werden, speziell wenn die Kapsel bereits verändert ist. Und doch bilden diese die Mehrzahl der zur Beobachtung gelangenden Fälle. Früher häufiger als jetzt führte man unter diesen Bedingungen die Exzision von Stücken der Balgwand nach erfolgter Inzision und Ablassung des Inhalts aus. Die Wunden verkleben dann mit einander, und so kann dauernde Heilung herbeigeführt werden. Bei weitem vorzuziehen ist der Exzision die Exstirpation des ganzen Schleimbeutels inklusive der Kapsel. Es ist dies diejenige Methode, die Rezidive mit Sicherheit verhindert, die bei dem heutigen Stande der Wissenschaft ungefährlich ist und in verhältnismässig kurzer Zeit zur Heilung führt. Die Exstirpation verdient obligatorische Anwendung bei Hygrom des Schleimbeutels,

wenn die Kapsel verdickt und der Inhalt verändert ist, sie verdient fakultative Anwendung bei jedem Hygrom und serös-eitriger Bursitis, welche in die chronische Bursitis überzugehen droht.

Diese Operation wird in der Weise vorgenommen, dass zunächst inzidiert, der Inhalt abgelassen und schliesslich die Kapsel exstirpiert wird. Bei Vereiterung des Schleimbeutels ist die Exstirpation in toto nicht mehr ausführbar, und man muss sich dann mit der Auskratzung behelfen. Nicht unwesentlich ist die Entscheidung der Frage, wie die entstandene grosse Wundhöhle weiter zu behandeln ist. Der Verschluss derselben mit Einführung eines Drainrohres oder Tamponade mit Jodoformmull und sekundärer Naht ist nach den jetzigen Erfahrungen weniger zweckmässig, als die Ausführung der primären Naht unmittelbar nach erfolgter Exstirpation der Kapsel. Mit Erfolg wurde hierbei häufig eine tiefe Matratzennaht in der Weise angelegt, dass zunächst Fascie und Unterhautbindegewebe über der Patella vernäht und darüber die Haut vereinigt wurde.

Diese Art der Naht ist einfach in der Ausführung — es bedarf nur eines fortlaufenden Fadens — und sichert gegen Entstehung von Hohlräumen vollständig. (Cfr. A. Koehler, Bericht über die Bardelebensche Klinik, Charité-Annalen Jhrg. X—XIV.)

Ein in jüngster Zeit von mir selbst beobachteter Fall auf der Bardelebenschen Klinik beweist, dass die vertikale Narbe nach der Exstirpation des Schleimbeutels vor dem Kniegelenk, wenn sie durch eine Heilung per primam entstanden war, doch recht widerstandsfähig ist.

Der 29jährige Arbeiter H. Z. wurde am 27. März dieses Jahres in die Klinik gebracht; die Diagnose lautete auf Hygroma praepatellare dextrum. Als Ursache dieser Erkrankung wurde die Beschäftigung des Patienten angenommen, die zum Teil in dem Transportieren von Weinfässern in den Keller bestand, wobei er dieselben an seinem vorwärts gestellten rechten Beine hinabgleiten liess. Am Tage nach der Aufnahme wurde die Exstirpation in der geschilderten Weise ausgeführt. Die Wunde

heilte per primam. Genau nach 1 Monat wurde der Mann als geheilt, doch der Schonung bedürftig, entlassen. Bei einem Ausgange am Sonntag den 4. Mai Nachmittag glitt der Patient aus und fiel rückwärts die Stufen einer Parterretreppe hinab. Er wurde wieder in die Klinik geschafft, und hier ergab die Untersuchung einen Querbruch der rechten Patella mit einer 2 cm breiten Diastase der Bruchenden. Die schmale, von der Exstirpation herrührende Narbe war nicht eingerissen. Dies beweist, wie reaktionslos die Heilung von statten gegangen war, da keine Verwachsung mit dem Patellarperiost erfolgt war. Denn wäre das letztere der Fall gewesen, so hätte notwendigerweise die Narbe mit einreissen müssen. Ausserdem zeigte doch die Intaktheit der Narbe trotz ihrer Jugend einen nicht geringen Grad von Festigkeit. Die weitere Behandlung der Patellarfraktur war die, dass zunächst eine Watsonsche Schiene angelegt wurde. Am 22. Mai fand Verbandwechsel und Anlegung eines Heftpflasterverbandes statt; vom 14. Juni an ist die Extremität ohne Verband; am 21. Juni

wurde noch eine in der linken Seite des oberen Bruchendes entstandene Exostose mit Hammer und Meissel abgetragen. Die Wunde heilte per primam; seit dem 30. Juni ist der Verband fortgelassen.

Der ganze Verlauf der Heilung ist demnach durch die früher ausgeführte Exstirpation in keiner Weise beeinträchtigt worden.

Nach den in dieser Arbeit entwickelten Prinzipien der Behandlung von Bursitis praepatellaris wird auf der chirurgischen Klinik des Herrn Geheim-Rats Bardeleben verfahren. Die Ergebnisse erlaube ich mir nachfolgend auf Grund der Berichte in den Charité-Annalen von 1878—1888 inklusive (also für 10 Jahre) zusammenzustellen.

1878.

(Charité-Annalen S. 634.)

Es geschieht hier nur von 4 Abscessen der Bursa praepatellaris Erwähnung. Durch Inzision und Drainage trat in allen Fällen Heilung ein. (Heilungsdauer nicht angegeben.)

1879.

(Charité-Annalen S. 492.)

Unter den 33 zur Beobachtung gelangten akuten Abscessen befanden sich allein 12, welche von der Bursa praepatellaris ausgingen. In allen Fällen erfolgte Heilung durch Inzision, Drainage und antiseptischen Verband. (Heilungsdauer ebenfalls nicht genannt.)

1880.

(Charité-Annalen S. 567.)

9 Fälle von Entzündung des praepatellaren Schleimbeutels (5 mal rechterseits, 4 mal linkerseits) kamen zur Behandlung. In 7 Fällen von diesen waren Hausmädchen im Alter von 16—25 Jahren die Betroffenen. — 3 mal wurde ein Fall auf das Knie als Ursache angegeben, 3 mal anhaltendes Scheuern, 1 mal causa incerta. In 3 Fällen gelang es, den Erguss durch Kälte und Kompression innerhalb 17—21 Tagen zur Resorption zu bringen; in den übrigen Fällen war es bereits zur Abscessbildung gekommen. Die Behandlung bestand in Längsinzisionen neben dem inneren

und äusseren Rande der Patella, Ausspülungen mit 2—5 prozentiger Carbolsäurelösung und Carboljuteverband: die Vernarbung erfolgte ohne Zwischenfall innerhalb 3 Wochen. Fall 8 und 9 betreffen einen 19jährigen Kutscher, welcher einen Hufschlag gegen das linke Knie als Ursache angab, und einen 23jährigen Dachdecker, welcher eine bestimmte Veranlassung nicht anzuführen wusste; die Art und der Erfolg der Behandlung waren die gleichen, wie bei den vorgenannten Fällen.

1881.

(Charité-Annalen S. 477.)

Es ist nur eines Abscesses der Bursa praepatellaris, dessen Ursache nicht nachweisbar war, Erwähnung gethan; Inzision und Drainage führten innerhalb 3 Wochen zur Heilung.

1882.

(Charité-Annalen S. 453.)

Behandelt wurden:

a) Hygroma acutum praepatellare e causa ignota; Wasserumschläge, Heilung nach acht Tagen;

b) Hygroma cysticum praepatellare, 2 Fälle, kindesfaustgross. Es wurde die Exstirpation vorgenommen; Heilung innerhalb vierzehn Tagen;

c) Bursitis abscedens, 2 Fälle: nach Inzision gelangte man in den vereiterten Schleimbeutel, ohne dass eine Kommunikation mit der Gelenkhöhle nachweisbar war. Heilung innerhalb 4 Wochen.

Unter den Erkrankten befanden sich:

1 Dienstmädchen, 1 Hausdiener, 1 Bäcker, 1 Tischler, 1 Arbeiter.

1883.

(Charité-Annalen S. 461 u. f.)

1. Hygroma cysticum praepatellare bei einem 39jährigen Arbeiter: dasselbe besteht seit 9 Monaten, angeblich nach einem Stosse gegen die Kniescheibe aufgetreten. Bei der vorgenommenen Inzision entleert sich gelbe, kolloide Flüssigkeit, an der Wand sassen zahlreiche Corpora oryzoidea; der Sack wird exstirpiert; Heilung in 17 Tagen.

2. Bursitis praepatellaris abscedens. 8 Fälle

wurden beobachtet; es handelte sich um Individuen der arbeitenden Klasse im Alter von 20—52 Jahren, darunter nur eine Frau; in der Hälfte der Fälle wurde Stoss oder Fall auf das Knie als Veranlassung hingestellt; bei der Patientin hatte sich angeblich nach vielem Knieen während einiger Tage unter Schüttelfrost und heftigen Schmerzen der Abscess entwickelt; T. 39,2° C.; der Inhalt erwies sich blutig-eitrig. Längs-Inzision an den Rändern der Kniescheibe; aseptische Heilung innerhalb 3—5 Wochen.

1884.

(Charité-Annalen S. 522.)

14 Fälle von Bursitis praepatellaris:

1. abscedens, 8 Fälle. Nach Inzision Heilung innerhalb 3 Wochen. Bei einer 21jährigen Näherin hatte die Erkrankung angeblich ohne nachweisbare Ursache mit einem Schüttelfrost begonnen. Die Bursa war mit blutigem Eiter gefüllt und zum Teil nekrotisch.

2. Hygroma cysticum, 6 Fälle, bei drei Arbeiterinnen, einem 80jährigen Schiffer, einem

21jährigen Bäcker und einem 25jährigen Manne, welcher seit 9 Jahren einen Stelzfuss trug.

Bei allen wurde an die Inzision die Exstirpation des Sackes angeschlossen. Corpora oryzoidea fanden sich in grosser Anzahl in dem angeblich seit Jahresfrist bestehenden Hygrom des Bäckergesellen. — Vernarbung innerhalb 3—6 Wochen.

1885.

(Charité-Annalen S. 574.)

10 Erkrankungen der Bursa praepatellaris (7 Männer, 3 Weiber). Bei den 19—46 Jahre alten Männern lag 5 Mal eitrige Füllung vor: Inzision und 4 Mal nachfolgende Exstirpation des verdickten Sackes und Drainage führte in einigen Wochen zur Heilung. 1 Hygrom wurde durch Exstirpation und ein nach Fall auf Knie entstandener Erguss (Gelenk frei) durch mehrtägige Kompression geheilt.

Bei den 3 weiblichen Personen, welche 21, 42 und 43 Jahre alt waren, handelte es sich um Hygroma. In einem Falle waren vorher mehrfache Punktionen und eine Jodinjektion

vergeblich vorgenommen. Die stark verdickten Kapseln wurden exstirpiert, die geringe Blutung (ähnlich wie nach Exstirpation von Atheromen) durch minutenlange Kompression mit einem Wattebausch oder Schwamm gestillt. Dann wurde genäht und für die ersten zwei Tage ein Drain (einmal durch ein Knopfloch von der Seite) eingelegt. Heilung per primam, Gebrauchfähigkeit in 3—4 Wochen.

1886.

(Charité-Annalen S. 589).

Erkrankungen der Bursa praepatellaris kamen 21 Mal zur Beobachtung (17 Männer, 4 Weiber, im Alter von 12 bis 61 Jahren. In 8 Fällen (6 M. 2 W.) war der Inhalt eitrig; hier war 4 Mal ein Fall aufs Knie, 2 Mal Erysipelas cruris, 2 Mal anhaltendes Knieen beim Scheuern. Insulte der letzteren Art hatten auch die meisten Fälle von Hygroma praepatellare bei Dienstmädchen, Hausdienern, Malergehilfen etc. verursacht. Mit Ausnahme von 3 Fällen, bei denen die Anschwellung plötzlich nach einem Falle entstanden war, und

welche nach Kompression und Ruhe in 3 bis 4 Wochen heilten, wurde immer inzidiert, der Inhalt entleert, die oft stark verdickte Kapsel vollständig exstirpiert, die Wunde bis auf die Drainstelle vernäht und damit fast in allen Fällen Heilung in derselben Zeit wie bei den erwähnten, ohne Operation behandelten Fällen erzielt. Zwei Mal musste bei eitriger Bursitis 8 Tage nach der Exstirpation (ein Mal war nur das Auskratzen möglich gewesen) noch eine seitliche Öffnung angelegt werden: in diesen Fällen beanspruchte die völlige Heilung $1^1/_2$ und 2 Monate. Steifigkeit im Knie war nur selten und immer nur ganz vorübergehend bei den ersten Gehversuchen vorhanden.

1887.

(Charité-Annalen S. 582.)

Bursitis praepatellaris: 10 Fälle (5 M. 5 W. im Alter von 19—42 Jahren), 3 Mal bei Männern auf Verletzungen (Fall, Überfahren), sonst auf die bekannte Ätiologie, anhaltendes Knieen bei vorwärts gebeugtem Oberkörper zurückgeführt. In 6 Fällen war die Bursa vereitert

und nicht mehr im Zusammenhange zu exstirpieren; durch mehrfache Inzisionen, Auskratzen, Desinfizieren wurde immer in 2—3 Verbänden Heilung in höchstens 4 Wochen erzielt.

1888.

In den 10 Fällen von Bursitis praepatellaris (8 M. 2 W. 5 R. 5 L.) handelte es sich 7 Mal um Hygrom des Schleimbeutels und 3 Mal um eitrige Bursitis. In 8 Fällen wurde Inzision ausgeführt, der Sack entleert und sodann die Kapsel exstirpiert; fast immer, bis auf einen der Fälle von Bursitis suppurativa, Heilung per primam in einem Verbande. In mehreren Fällen wurde dabei die Etagennaht so angelegt, dass von innen her mit Catgut die Fascie und das Unterhautgewebe über der Patella zusammengezogen und darüber erst die Hautwunde genäht wurde; dieselbe bekommt dadurch ein hahnenkammartiges Aussehen. Jedenfalls wird durch diese Naht, die übrigens auch oft bei anderen Gelegenheiten gebraucht wird, der Bildung von Hohlräumen am sichersten vorgebeugt.

Unter den Operierten befanden sich 9 verschiedene Berufsklassen: 1 Krankenwärter, 1 Arbeiterfrau, 1 Zimmermann, 1 Maurer, 1 Schlosser, 2 Kohlenträger, 1 Schornsteinfeger und 1 Offizier.

Wir ersehen aus den Angaben, dass die erste Exstirpation im Jahre 1882 wegen eines Hygroms des präpatellaren Schleimbeutels ausgeführt, und diese Operation wegen eines Abscesses der Bursa praepatellaris zuerst im Jahre 1886 vorgenommen wurde. Seit 1882 sind bis einschliesslich 1888 53 Exstirpationen vollzogen.

Die zur Heilung erforderliche Zeit ergiebt sich aus nachfolgender Zusammenstellung:

Jahreszahl.	Anzahl.	Art der Bursitis.	Heilungsdauer.	Bemerkung.
1882	2	Hygroma	14 Tage	
83	1	„	17 Tage	
84	6	„	3—6 Wochen	Unter den Operierten befand sich ein 80jähr. Mann, bei dem die Heilung wahrscheinlich länger als normal dauerte.

Jahreszahl.	Anzahl.	Art der Bursitis.	Heilungsdauer.	Bemerkung.
85	8	4 Hygrome 4 Abscesse	3—4 Wochen	
86	18	10 Hygrome 6 Abscesse 2 „	3—4 Wochen „ $1^1/_2$—2 Mon.	8 Tage nach der Operation Anlegung einer seitlichen Öffnung; 1 mal war die Kapsel nur ausgekratzt.
87	10	4 Hygrome 6 Abscesse	bis 4 Wochen	Ebenfalls nur Auskratzung möglich gewesen.
88	8	5 Hygrome 2 Abscesse 1 Abscess	per primam in 1 Verband längere Dauer	

Für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit spreche ich Herrn Stabsarzt Dr. A. Koehler meinen verbindlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei Hygroma praepatellare ist die Exstirpation des Sackes als geeignetste Therapie indiziert.

II.

Die Hypnose ist in der Praxis nach Möglichkeit zu beschränken.

III.

Bei Diphtherie empfiehlt sich die Darreichung grösserer Alkoholgaben.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Martin Meyer, Sohn des Kaufmanns Hermann Meyer, mosaischer Religion, wurde am 5. Dezember 1864 zu Berlin geboren. Er besuchte zuerst die Vorschule des Königlichen Friedrich-Wilhelms-Gymnasiums, sodann dieses Gymnasium selbst und schliesslich das Leibniz-Gymnasium, welches er Ostern 1885 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Von dieser Zeit an widmete er sich auf der Berliner Universität dem Studium der Medizin und bestand daselbst am 12. März 1887 die ärztliche Vorprüfung. Vom Oktober dieses Jahres an bis Ostern 1888 genügte er seiner Militärpflicht mit der Waffe bei dem Kaiser Franz-Garde-Grenadier-Regiment No. II. Seit Ostern 1889 nach Kiel übergesiedelt, beendete er am 1. März 1890 vor der dortigen Prüfungskommission die ärztliche Staatsprüfung. Am 23. desselben Monats legte er zu Berlin das Examen rigorosum ab.

Vorlesungen resp. Kurse hörte Verfasser bei folgenden Herren, denen er hiermit bestens dankt:

Bardeleben, v. Bergmann, Christiani (†), Doehle, du Bois-Reymond, Edlefsen, v. Esmarch, Falck, Gerhardt, Graf Spee, Glaevecke, Güterbock, Hartmann, v. Hofmann, Heller, Hoppe-Seyler, Klein, Krahmer, Leo, Lewin, Liebreich, Fr. Müller, Olshausen, Petersen, Quincke, Rabl-Rückhard, E. Schulze, Virchow, Völckers, Waldeyer, Werth.